

日本未病学会 入会申込書

ご記入のうえ E-mailにてお送りください。

事務局にて入会申込書の記載事項を確認後に「会費納入用紙」をご送付申し上げます。

①職業については、主たるものをご記入ください。②職業に準じた専門・代表分野をお書きください。

③所属部会は1部会となりますが、各部会活動への参加は自由です。

④学生会員、年次会員は、学会誌閲覧と会員歴に参入がありません。※学生会員は「学生証コピー」の添付が必要です。

⑤学会誌はオンラインジャーナルです。閲覧にはインターネット環境が必要です。

正会員 学生会員 年次会員

記入日： 20 年 月 日

ふりがな：		生年月日：		性別：	
氏名：		(西暦) 年 月 日		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
連絡先E-mail	@				
所属先・部署：			役職：		
所属先住所：	〒	(ビル名もご記入ください)			
	都 道	郡 市			
	府 県	区			
所属先TEL：	所属先FAX：				
自宅住所：	〒	(マンション名もご記入ください)			
	都 道	郡 市			
	府 県	区			
自宅TEL：	自宅FAX：				
【職業：該当する□にチェックおよび()にご記入ください】 ※主たるものに1つ			【所属部会】 ※1部会のみ		
<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 臨床検査技師	<input type="checkbox"/> 薬学・薬剤師	<input type="checkbox"/> 医師部会	<input type="checkbox"/> 臨床検査部会	
<input type="checkbox"/> 栄養学・栄養士	<input type="checkbox"/> 臨床心理士	<input type="checkbox"/> 歯科医師	<input type="checkbox"/> 薬剤部会	<input type="checkbox"/> 栄養部会	
<input type="checkbox"/> 看護学・看護師	<input type="checkbox"/> 保健師	<input type="checkbox"/> 助産師	<input type="checkbox"/> 看護部会	<input type="checkbox"/> 東洋医学部会	
<input type="checkbox"/> 東洋医学・漢方	<input type="checkbox"/> 運動学・スポーツ関係	<input type="checkbox"/> 企業関係	<input type="checkbox"/> 歯科部会	<input type="checkbox"/> メンタルヘルス部会	
<input type="checkbox"/> 自治体関係	<input type="checkbox"/> 鍼師・灸師	<input type="checkbox"/> 獣医師	<input type="checkbox"/> 獣医部会	<input type="checkbox"/> 運動部会	
<input type="checkbox"/> 研究職	<input type="checkbox"/> 教育職	<input type="checkbox"/> 一般その他	<input type="checkbox"/> 疫学情報地域部会		
専門・代表分野			<input type="checkbox"/> 機能性食品部会		
郵 送 先	<input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 自 宅		<input type="checkbox"/> 一般・その他		

送付日：	処理日(入金日)：	会員番号：	通知日：
------	-----------	-------	------